



AYUNTAMIENTO DE SANET Y NEGRALS (ALICANTE)

C/ Ayuntamiento, 18 - 03769 - Telf: 96 640 82 08 - Fax: 96 640 81 47 - C.I.F. P-0311700-I - Número Registro Entidad Local 01031170

sanetynegrals.ayt@cv.gva.es

MODELO DE SOLICITUD DE ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DE ACOGERSE AL PLAN DE PAGO A PROVEEDORES DEL RD LEY 4/2012

Nº y fecha de registro de entrada:

Espacio reservado para el sello de registro de entrada

Datos del proveedor/endorsatario:

Razón Social (personas jurídicas):

Nombre y apellidos (personas físicas):

CIF/NIF:

PYME: Autónomo:
(Indíquese con una cruz si es PYME o Autónomo)

Nº c/c (IBAN y BIC):

Dirección:

Población:

Provincia:

C.P.:

Teléfono:

Fax:

email:

Otra información necesaria:

Situación de la empresa en concurso de acreedores SI NO

Datos de las facturas o derechos de cobro:

	Nº Factura (*)	Fecha registro de entrada	% de quita (1)	Importe (2) (*)	Información embargo (3) (*)
1					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Marcar con una cruz, sólo si se incluye anexo (4)

(*) Campos a cumplimentar obligatoriamente.

(1) El proveedor, de manera voluntaria, podrá ofertar un porcentaje de quita o descuento del importe a cobrar.

(2) El importe que debe rellenarse, es el neto a cobrar, es decir base imponible más IVA menos IRPF u otros descuentos si los hubiera. Asimismo, se deberá descontarse el importe correspondiente a la quita, en su caso.

(3) Debe indicarse SI o NO el crédito que representa cada factura ha sido embargado.

(4) Los proveedores que soliciten la aceptación para más de cinco facturas, deberán cumplimentar el anexo nº 1, indicando, en todo caso, el número de registro de entrada de la presente solicitud.

En fecha de abril de 2012, Don/doña , con DNI , actuando en nombre y representación de la entidad solicitante (cuya acreditación se adjunta), por la presente manifiesta la aceptación voluntaria de acogerse al plan de pago a proveedores, previsto en el Real Decreto-Ley 4/2012, que extinguirá el total de la deuda certificada objeto de la presente solicitud.

Fdo. _____



AYUNTAMIENTO DE SANET Y NEGRALS (ALICANTE)

C/ Ayuntamiento, 18 - 03769 - Telf: 96 640 82 08 - Fax: 96 640 81 47 - C.I.F. P-0311700-I - Número Registro Entidad Local 01031170

sanetynegrals.ayt@cv.gva.es

ANEXO AL MODELO DE SOLICITUD DE ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DE ACOGERSE AL PLAN DE PAGO A PROVEEDORES DEL RD LEY 4/2012

Nº y fecha de registro de entrada del documento principal de solicitud:

Espacio reservado para el sello de registro de entrada

Datos de las facturas o derechos de cobro:

	Nº Factura (*)	Fecha registro de entrada	% de quita (1)	Importe (2) (*)	Información embargo (3) (*)
1					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
21					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
23					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
24					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Marcar con una cruz, sólo si se incluye anexo⁽⁴⁾

(*) Campos a cumplimentar obligatoriamente.

(1) El proveedor, de manera voluntaria, podrá ofertar un porcentaje de quita o descuento del importe a cobrar.

(2) El importe que debe rellenarse, es el neto a cobrar, es decir base imponible más IVA menos IRPF u otros descuentos si los hubiera. Asimismo, se deberá descontarse el importe correspondiente a la quita, en su caso.

(3) Debe indicarse SI o NO el crédito que representa cada factura ha sido embargado

(4) Los proveedores que soliciten la aceptación para más de cinco facturas, deberán cumplimentar el anexo nº 1, indicando, en todo caso, el número de registro de entrada de la presente solicitud.

En fecha de abril de 2012, Don/doña , con DNI , actuando en nombre y representación de la entidad solicitante, por la presente manifiesta la aceptación voluntaria de acogerse al plan de pago a proveedores, previsto en el Real Decreto-Ley 4/2012, que extinguirá el total de la deuda certificada objeto de la presente solicitud.

Fdo. _____